

Formation médicale continue : efficacité en 2007

Au cours des 25 dernières années, trois publications ont marqué la réflexion générale et les opinions qui sont habituellement défendues sur la formation médicale continue (FMC).

La première est celle de Sibley dans le *New England Journal of Medicine* dès 1982.¹ Y était posée la question essentielle de l'efficacité en faisant appel à la méthodologie – innovante à l'époque – de l'essai randomisé. Il est vrai que parmi les rédacteurs de l'article, on retrouvait en deuxième auteur David L. Sackett, épidémiologiste clinicien, qui allait se lancer dans l'aventure de l'*evidence-based medicine* et en devenir l'un des pères fondateurs.

La deuxième est celle du canadien Dave Davis et de ses collaborateurs, publiée dans *The Journal of the American Medical Association* (JAMA) en 1995.² Dans ce travail, près de 160 expérimentations et programmes de FMC avaient été analysées un peu à la manière d'une revue systématique d'essais contrôlés. La quasi-inefficacité des techniques de transmission passive de connaissances y était

démontrée. En revanche, les auteurs avaient constaté que les méthodes, qui permettent aux médecins de trouver des réponses aux difficultés qu'ils éprouvent, qui sont fondées sur des résolutions de problèmes professionnels et qui prennent en compte les facteurs individuels de motivation, sont les plus susceptibles d'être efficaces en termes d'apprentissage et de modification du comportement.

Les auteurs avaient également mis en évidence que plus les « messages » étaient délivrés sous des formes variées et complémentaires (y compris relayés par la presse grand public et par les malades eux-mêmes), plus les médecins étaient réceptifs. Finalement, ils concluaient : « *s'il n'y a pas de méthode miraculeuse pour améliorer la qualité des soins, on dispose néanmoins d'un large éventail d'interventions possibles qui, à condition de les utiliser de*

Jean-Michel CHABOT

Faculté de médecine - Marseille

Une typologie des 16 méthodes de FMC étudiées

- **Academic detailing** (c'est-à-dire le message que peut apporter un expert qualifié dans le cadre d'un entretien individuel. La visite médicale s'en inspire comme les Entretiens confraternels de l'AM [Rev Prat 2001;51:1687-8])
- **Approches questions/réponses** (incluant ou non des systèmes de vote, le cas échéant électronique)
- **Études de cas**
- **Formation clinique pratique**
- **Démonstration** (en temps réel ou médiée par audio/vidéo)
- **Discussion en groupe**
- **Feed-back** (retours d'information/résultats)
- **Conférence**
- **Tutorat**
- **Staff pédagogique** (analyse de décision)
- **Apprentissage par problème** (Rev Prat 2003;53:523-4)
- **Cours programmé**
- **Lecture**
- **Jeux de rôle**
- **Simulation**
- **Patients programmés** (Rev Prat 1998;48:185-6)

manière appropriée, pourraient susciter des améliorations importantes des pratiques professionnelles et du devenir clinique des patients».

Cette notion d'« éventail d'interventions potentiellement efficaces » était vraisemblable ; il fallait cependant la démontrer, tout en se rappelant que le rôle des leaders locaux, puissants relais d'opinion, est probablement un déterminant essentiel.

La troisième est le fait du *British Medical Journal* (BMJ).³ Entre le 24 janvier et le 7 mars 1998, le BMJ avait publié une série – sans équivalent – de sept articles consacrés à la FMC. La plupart des questions importantes à traiter y étaient abordées sous la signature de différents experts travaillant au Royaume-Uni, en Amérique du Nord ou en Scandinavie et dotés de l'indispensable autorité que confère l'expérience acquise.

Les dimensions multiples qui peuvent caractériser un problème de santé, et donc la diversité des solutions à mettre en œuvre pour le résoudre, y étaient soulignées ; les questions pédagogiques n'étaient pas négligées, et ce qu'il faut appliquer des théories pédagogiques et des stratégies de formation professionnelle était clairement indiqué.

Enfin, les questions de politique générale et de structuration (organisation de la FMC, coopération entre les différentes professions de santé, etc.) n'étaient pas oubliées. Sur ce sujet toujours débattu de l'efficacité réelle (*effectiveness* et *non efficacy*) de la FMC, une quatrième publication – sans doute appelée à faire date – vient d'être livrée.⁴ Elle émane de l'agence fédérale américaine AHRQ (*Agency for Healthcare Research and Quality*) et correspond à un travail réalisé par l'*Evidence-based Practice Center* de l'université Johns Hopkins de Baltimore.

De tels centres sont maintenant organisés dans nombre d'universités ; il leur revient – dans le cadre de contrats comportant un volet financier – d'établir des analyses et des synthèses des « connaissances démontrées » sur un sujet donné. Sous une autre organisation, les groupes Cochrane font sensiblement le même travail.

Pour l'anecdote, ce travail sur l'efficacité de la FMC a été réalisé à la suite d'une demande de l'*American College of Chest Physicians* (les pneumologues américains).

Pour l'essentiel, le rapport diffusé par l'AHRQ est cohérent avec les conclusions de Davis *et al.* de 1995. Ainsi, à partir

Les 9 principes d'apprentissage dans un programme FMC

- ❶ Permettre aux étudiants* d'être **actifs**
- ❷ Établir un **lien avec l'activité et l'expérience** professionnelles des étudiants
- ❸ Être **adaptable** selon le profil professionnel des étudiants
- ❹ Aider les étudiants à **préciser leurs propres objectifs** d'apprentissage
- ❺ Inciter les étudiants à **mettre en œuvre** ce qu'ils apprennent
- ❻ Fournir des **aides/moyens** aux étudiants davantage **autonomes**
- ❼ Organiser continuellement les « **feed-back** » à chaque étudiant, soit des enseignants, soit des autres étudiants
- ❽ Encourager les étudiants à **réfléchir/analyser** leur propre apprentissage
- ❾ Permettre aux étudiants d'**observer, de s'inspirer de l'exemplarité** des « experts »

* S'agissant d'adultes en formation continue, le terme d'étudiants est mal adapté. On peut lui préférer celui de « participants » ; certains parlent d'« apprenants ».

de 68 000 références identifiées, 136 études publiées au cours des 25 dernières années et 9 revues méthodiques ont été analysées. La qualité scientifique globale de ces études est qualifiée de basse, ce qui compromet la robustesse des conclusions qui peuvent être tirées. Pour autant, la FMC apparaît comme une stratégie efficace, au minimum partiellement. En particulier, la FMC permet d'améliorer les connaissances (22 des 28 études analysées), les attitudes (22 des 26), les habiletés gestuelles (12 des 15), les comportements pratiques (61 des 105) et les résultats obtenus en pratique clinique (14 des 33).

Cette efficacité est évidemment fonction de la prise en compte dans les différents programmes de FMC des « principes d'apprentissage » rappelés dans l'encadré ci-dessus. Les étudiants en médecine pourront également, le cas échéant, s'interroger pour savoir si les cours ou les conférences qu'ils suivent reprennent à leurs comptes ces principes d'apprentissage. ■

1. Sibley JC, Sackett DL, Neufeld V, Gerrard B, Rudnick KV, Fraser W. A randomized trial of continuing medical education. *N Engl J Med* 1982;306:511-5.
2. Davis DA, Thomson MA, Oxman AD, Haynes RB. Changing physician performance. A systematic review of the effect of continuing medical education strategies. *JAMA* 1995;274:700-5.
3. Chabot JM. Formation médicale continue: les points-clés des sommaires. *Rev Prat* 1998;48:763-4.
4. Marinopoulos SS, Dorman T, Ratanawongsa N, et al. Effectiveness of continuing medical education. Evidence report/technology assessment n° 179. AHRQ publication n° 07-E006. Rockville (MD): AHRQ, janvier 2007.